Dr DARTIGUES

2

DU

FIBROME UTÉRIN

A propos d'un cas
d'Hystérectomie abdominale angiotripsique
par pincement temporaire pour Fibromes utérins multiples
compliqués de Grossesse et de Kyste ovarique sanguin

Extrait des *Bulletins et Mémoires de la Société de Médecine de Paris*
N° 5, SÉANCE DU 7 MARS 1913

CLERMONT (Oise)
Imprimerie DAIX Frères et THIRON
3, PLACE SAINT-ANDRÉ, 3
1913

DU FIBROME UTÉRIN

DU

FIBROME UTÉRIN

A propos d'un cas d'Hystérectomie abdominale angiotripsique par pincement temporaire pour Fibromes utérins multiples compliqués de Grossesse et de Kyste ovarique sanguin

PAR

Le Dr DARTIGUES

Le traitement du fibrome, affection extrêmement fréquente et qui est susceptible par conséquent d'être bien étudiée et soumise à des indications et des règles thérapeutiques précises, n'a pas encore rallié le monde médical à une interprétation unique et unanime.

Je viens ici dire, à propos d'un cas intéressant récemment opéré par moi, que le traitement vraiment guérisseur du fibrome est et doit être purement chirurgical, que les autres méthodes sont le plus souvent vaines et aveugles.

Je crois pouvoir affirmer qu'un temps viendra où l'on se comportera devant un fibrome comme devant un kyste de l'ovaire ou du ligament large, à propos desquels aucun médecin ne songerait à indiquer un autre traitement que l'opération.

Cette division des médecins devant cette affection tient à ce que les protagonistes de certains traitements spéciaux ne sont pas, ne peuvent pas être dans des conditions de pensée analogue (ceux qui ne voient pas, ne touchent pas en réalité, ne connaissent pas en somme l'anatomie pathologique vivante du fibrome), avec celle des chirurgiens qui confrontent journellement leurs examens cliniques avec l'opération à ventre ouvert qui leur constitue une expérience autrement vécue et réelle.

Si l'on faisait une enquête auprès des malades opérées et guéries en 15 à 20 jours et qui ne sont venues que tard à l'opération, après avoir essayé en vain tous les traitements,

qui regrettent le temps passé à souffrir et les soucis plus intimes peut-être qu'elles ont eus, qui ont pu constater la simplicité de leur guérison, je crois que l'opinion de l'abstention opératoire et la confiance en d'autres thérapeutiques pèseraient bien peu dans la balance.

Voici tout d'abord l'observation du cas que je désire vous présenter :

Il s'agit d'une femme de 32 ans, réglée à 14 ans et bien depuis cette époque, n'ayant pas eu de fausses couches ni d'accouchement, et ne présentant rien de particulier du côté de ses antécédents héréditaires et collatéraux, qui sont parfaits.

Depuis 5 à 6 ans, les règles sont plus abondantes et durent 5 à 6 jours, mais la malade n'a jamais eu de pertes de sang dans l'intervalle des règles : donc pas de métrorrhagies ; elle n'a pas eu d'hydrorrhée, mais a toujours eu beaucoup de pertes leucorrhéiques, qui sont moins abondantes cependant depuis un an ou deux.

Depuis 2 ans, la malade avait des douleurs abdominales pendant la marche avec irradiations dans la région fémorale droite.

Il y a deux mois, la malade s'aperçoit d'une grosseur faisant manifestement saillie dans le côté droit de l'hypogastre ; depuis, ses règles ont été supprimées, elle a eu de la dysurie et de la constipation qu'elle n'avait pas auparavant.

Depuis trois ans environ, mauvais état général, avec amaigrissement marqué ; elle a eu même de l'ictère.

Cette histoire clinique jointe à l'examen physique me fait porter le diagnostic de fibromes multiples de l'utérus avec kyste ovarique concomitant ou grossesse ectopique concomitante.

Voici ensuite l'opération : Je fais cette opération avec l'assistance de mon assistant : le Dr Leniez, et de ma chloroformisatrice : la doctoresse Volovatz, en présence du Dr Pino Pou (de Caracas), du Dr Cugno et du Dr Bégué. A l'ouverture de l'abdomen, je tombe sur une grosse masse utérine parsemée à sa surface d'une multitude de petits fibromes sous-péritonéaux ; l'un d'eux cependant, gros comme un citron, est pour ainsi dire pédiculé et fait une saillie tout à fait isolée et mobile sur le fond de l'utérus ; c'est lui qui était perçu par la malade depuis quelque temps, qui faisait une saillie à droite de l'abdomen et qui a été pris pour le kyste ovarique ou la grossesse ectopique. Nous verrons que le kyste ovarique à contenu sanglant existait, mais profondément et n'était pas distinguable à l'examen gynécologique.

La masse utéro-annexielle est énorme et est appliquée contre la concavité sacrée ; la vessie remonte très haut en avant et il y a des adhérences très nombreuses que je décolle au doigt.

Je pratiquai l'hystérectomie abdominale sub-totale, en enlevant tout le bloc sans le diviser, au moyen du procédé de l'hystérectomie abdominale angiotripsique par pincement temporaire et j'assurai même la péritonisation au moyen des pinces ; je ne pratiquai aucune ligature intra-abdominale.

Je drainai au moyen d'un gros drain de caoutchouc et avec 7 mèches de gaze. Je suturai la paroi en deux plans : agrafes de Michel pour la peau.

L'opération, bien que difficile et laborieuse, n'a duré que 20 minutes.

Voici l'examen anatomo-pathologique de la pièce enlevée. — *L'utérus* présente le volume d'une grossesse de 4 mois environ : il présente une quantité infinie de noyaux fibreux : noyaux sous-muqueux, noyaux intra-pariétaux, noyaux sous-péritonéaux. Parmi les noyaux intra-pariétaux, il en existe un du volume d'une grosse noix au niveau de la corne utérine gauche, face postérieure, et un autre, du volume d'une mandarine dans la partie droite de la paroi antérieure de l'utérus. Parmi les noyaux sous-péritonéaux, il en existe un du volume d'un citron sur le fond de l'utérus ; c'est celui qui a été pris à l'examen gynécologique pour le kyste de l'ovaire. A l'ouverture de l'utérus, qui nous montre les divers noyaux intra-pariétaux, nous trouvons un fœtus de près de 3 mois avec un placenta accolé contre l'isthme utérin.

L'ovaire du côté droit est complètement dégénéré, polykystique et augmenté de 10 fois son volume environ.

L'ovaire du côté gauche est transformé en une cavité kystique unique, du volume d'une orange et contenant un liquide de couleur chocolat d'origine évidemment hématique.

Je vous présente : 1° *la pièce* qui a baigné dans une solution de formol ; 2° *la photographie en couleurs* et en relief de cette pièce fraîchement enlevée ; 3° *la radiographie de la pièce* pratiquée par mon ami le Dr Dimier où l'on peut voir très nettement le fœtus ; 4° *les planches de ma technique de l'hystérectomie abdominale angiotripsique*.

Voici maintenant les considérations auxquelles ce cas donne lieu :

1° *Point de vue clinique.*

A ce point de vue, deux remarques peuvent être faites : concernant l'étiologie et le diagnostic.

Pour ce qui est de l'étiologie, je ferai remarquer qu'il s'a-

gît d'un de ces cas, qui ne sont pas absolument rares, où le fibrome a fait une apparition précoce, ou plutôt la fibromatose, car il y avait des fibromes extrêmement multiples et de toutes catégories.

Ma malade n'avait que 32 ans, et, d'après la symptomatologie ménorrhagique, comme d'après les lésions anatomo-pathologiques rencontrées, on peut dire que l'affection durait depuis 5 à 6 ans et que la malade a été fibromateuse dès l'âge de 26 ans. Il m'est arrivé d'opérer de gros fibromes chez des femmes de 20 ans.

Les auteurs sont assez unanimes à déclarer que la stérilité coïncide très fréquemment avec l'existence d'un fibrome, les uns prétendant que la stérilité est une conséquence, les autres une cause provocatrice de fibrome. Il n'y a absolument rien de certain dans tout cela ni de légal, je veux dire de légiférable. Toujours est-il que ma malade, qui avait déjà 32 ans, n'en a pas moins greffé une grossesse sur un utérus bourré de fibromes volumineux et de topographie variée, sous-muqueux, intra-pariétaux, sous-péritonéaux ; il est plus que probable que cette grossesse, en tel terrain et sur un tel organe, n'aurait pas pu aller bien loin, et que la malade était exposée à un avortement imminent avec possibilité d'hémorrhagies graves et d'infection, sans compter l'atteinte à l'état général déjà fort défectueux

J'ai insisté sur ces divers points dans mon livre sur la Chirurgie conservatrice de l'utérus et des annexes dans le traitement des fibromes, paru il y a 12 ans.

Pour ce qui est du diagnostic, si vous vous rappelez l'histoire et l'examen clinique de ma malade, vous notez qu'on était en présence de 3 points essentiels : d'une part une absence de règles de 2 mois 1/2 environ, d'autre part une grosse masse utérine irrégulière et bosselée, enfin une tumeur mobile, libre et latérale.

Je fis le diagnostic de fibrome de l'utérus avec kyste ovarique concomitant ou peut-être de grossesse extra-utérine concomitante, l'absence de règles pouvant s'expliquer dans ces deux cas. J'ai, en effet, démontré dans des publications antérieures et en particulier à propos d'une affection que j'ai décrite sous le nom de *cysthématomes menstruels post-opératoires* (travaux publiés à la Société de l'Internat en 1907, puis dans la *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale* en 1908), que très souvent, dans les productions ovariennes kystiques en particulier, il y avait une notable diminution des règles ou leur disparition, comme si le contenu kystique s'accroissait aux dépens du flux menstruel, ou mieux comme si l'hyperactivité sécrétoire des kystes avait un retentissement sur le flux cataménial et comme si l'organisme ne faisait pas face pour ainsi dire à deux écoule-

ments à la fois : l'un interne, sécrétoire, intra-kystique, l'autre externe ou menstruel. C'est ce que j'ai appelé la balance hémostatique.

En réalité, dans ce cas, l'absence menstruelle tenait à l'existence d'une grossesse utérine, mais il ne faut pas oublier non plus que j'ai trouvé un kyste ovarique gauche gros comme une orange environ et à contenu hématique qui aurait pu faire penser à l'existence d'une grossesse extra-utérine concomitante d'une grossesse utérine, ce qui s'est déjà vu quelquefois.

En somme, je partais sur le diagnostic de grosse masse fibreuse, avec grossesse extra-utérine et toutes ses possibilités de rupture, ou avec kyste ovarique concomitant, ce qui légitimait pleinement l'intervention.

A ce sujet, je vous parlerai de ce que pourrait apporter de certitude presque absolue la radiographie dans le diagnostic des tumeurs solides utérines ou para-utérines.

Ce sujet est encore à l'étude et je ne doute pas qu'un jour la radiographie soit le complément nécessaire d'un examen clinique pelvien dans le cas de tumeurs.

Il y a un an, le 16 février 1912, je publiai à la Société des Chirurgiens de Paris le cas, chez une vieille femme, d'un énorme fibrome tordu sur son axe et déterminant des douleurs telles que la malade depuis longtemps ne pouvait plus se coucher. Ce fibrome était minéralisé. Je le fis radiographier par mon ami le Dr Dimier, car il me paraissait, vu sa constitution, devoir venir plus facilement à la radiographie. En effet, Dimier obtint une belle radiographie que je présentai. Aujourd'hui, je vous présente les radiographies de la pièce anatomo-pathologique que j'ai enlevée chez ma malade : vous y distinguez nettement les contours de la masse utérine avec ses fibromes ainsi que le fœtus.

Ces essais de *radiographie post-opératoire* sont très intéressants, car ils permettent d'espérer qu'avec le perfectionnement de la technique radiographique, on pourra arriver à obtenir des épreuves avant l'opération elle-même sur la porteuse de tumeur elle-même, que nous avons tentées déjà mais sans résultats pleinement désirables. Nous pensons, Dimier et moi, avoir été les premiers à faire ces tentatives et à les publier.

On voit de quelle utilité serait, pour le diagnostic de certains cas embarrassants, la radiographie, surtout dans les cas où l'on suppose concomitamment une grossesse normale ou une grossesse ectopique. En voyant les très belles radiographies que nous présentent souvent ici nos collègues, je ne désespère pas que nous arriverons à trouver, en chirurgie pelvienne, un élément de diagnostic de premier ordre. Ce sera là une des plus belles utilisations médicales de l'élec-

tricité préparant par une diagnose aussi exacte que possible le succès de la thérapeutique à suivre, médicale ou chirurgicale.

2° *Point de vue thérapeutique.* — Ce cas, joint à des milliers d'autres, par la complexité, vue et tangible, des lésions anatomo-pathologiques fibromateuses au cours des opérations, vient me confirmer, *à part quelques exceptions et contre-indications sur lesquelles il est facile de s'accorder*, dans l'idée qu'il n'y a guère qu'une thérapeutique actuelle des fibromes : chirurgicale.

C'est la crainte opératoire qui a fait naître et a encouragé les autres thérapeutiques qui ne sont d'ailleurs pas toujours anodines. J'ai vu des complications graves du fait de l'application de certaines méthodes *souvent pleines d'inanité au point de vue curatif, souvent pleines d'activité au point de vue nocif.* Ces complications, en particulier des péritonites, par réveil intense de lésions péri-métro-salpingiennes qui accompagnent si souvent les fibromes ainsi que l'a montré absolument Daniel dans un travail paru il y a quelques années, en 1905, dans la *Revue de chirurgie abdominale et de gynécologie* de Pozzi, et comme nous pouvons le constater *de visu* tous les jours, ces complications mortelles parfois ajoutées aux cas de morts par l'évolution plus ou moins longue de la maladie qui comporte de nombreux incidents graves et mortels, ajoutées aux *désastres de l'abstention chirurgicale*, font à mon avis un pourcentage de mortalité autrement élevé que celui de l'intervention par hystérectomie.

Aussi j'attends avec sérénité la constatation d'impuissance du traitement électrique ou d'autres modes de traitement qui n'ont qu'un temps de vogue. Nous chirurgiens, *qui voyons directement les lésions, qui mettons le doigt sur leur complexité parfois extrême*, qui avons eu entre les mains directement des quantités de fibromes variés *dont nous connaissons par expérience l'anatomie pathologique vivante*, nous nous étonnons toujours que des hommes, qui ne les voient pour ainsi dire jamais, veuillent imposer quand même un traitement à l'aveuglette sur une paroi abdominale qui cache une topographie utéro-annexielle inconnue. Jusqu'ici, je n'ai jamais vu, durant une période de plus de vingt ans, un fibrome soi-disant fondu et disparu. Quand on me montrera un de ces cas évidents, je m'inclinerai volontiers et serai le premier à reconnaître l'inutilité du bistouri. Pour le moment, je constate seulement que le traitement électrique ou radifère n'a réussi qu'à présenter de plus durs problèmes opératoires à la chirurgie qui, malgré des conditions de plus en plus difficiles, arrive néanmoins à les résoudre. S'il y a quelques améliorations symptomatiques du fibrome par l'électricité

ou le radium, par exemple au point de vue hémorrhagique, il n'y a pas à proprement parler de guérison réelle, je le tiens aussi de l'aveu même de certains électriciens. *La chirurgie est à l'heure actuelle trop souvent une thérapeutique de laissés pour compte.*

C'est quand on ne peut plus faire autrement que l'on a recours à la chirurgie, et l'on s'étonne alors qu'elle ne sauve pas toujours.

En face de cet utérus à aspect violacé, contenant des fibromes multiples, sous-péritonéaux pédiculés en même temps qu'intra-pariétaux, accompagnés de kyste de l'ovaire à contenu hématique et de dégénérescence de l'ovaire du côté opposé, d'adhérences nombreuses à tous les organes voisins, malgré la présence probable d'un fœtus, il est certain qu'on ne pouvait songer à aucune conservation : ce fut l'avis des six médecins présents à cette opération. Par la même occasion on put se convaincre de l'inanité qu'aurait eue, en face d'un tel état anatomique, un traitement médical quelconque, même par la radiothérapie ou la radiumthérapie ou ces deux méthodes associées.

Ces deux méthodes n'ont pas d'ailleurs toujours été sans danger: des auteurs allemands citent des cas de mort ; la radiumdermite et la radiodermite ne sont pas rares ; des accidents ulcéreux et nécrotiques ne sont pas rares non plus, et en définitive on ne saura jamais d'une manière positive si l'action de ces rayonnements radifères ou rœntgéniques se borne providentiellement au seul fibrome et précisément aux seuls ovaires.

Cette action élective ne nous est pas prouvée encore d'une façon indubitable.

Les radium et radiothérapeutes avouent tout de même que certains gros fibromes échappent à leur méthode, qui est applicable surtout aux petits fibromes. Mais pour ces derniers la guérison s'obtient, paraît-il, par la stérilisation artificielle des ovaires par rayonnement.

En appliquant systématiquement cette méthode, on se fermerait alors la porte à toute possibilité de conservation utéro-ovarienne physiologique, que permet la chirurgie si elle ne rencontre pas des lésions impossibles à extraire seules. Je l'ai bien montré dans mon important travail sur *La Chirurgie conservatrice de l'utérus et des ovaires dans le traitement des fibromes*, en exposant les opérations d'énucléation par la voie abdominale préconisées par Témoin, Tuffier, etc., il y a déjà longtemps, et par la voie vaginale au moyen du procédé Amussat-Segond. Ces opérations conservatrices permirent le maintien de l'importante fonction menstruelle et, dans nombre de cas, de grossesses menées à terme.

Je ne vous apprends pas que jadis, sous l'influence de

cette idée, trop aisément admise et qui se trouve si souvent contredite par les faits, de l'influence de la ménopause sur la régression des fibromes, à laquelle je crois très peu, car à mon avis, le plus souvent, la présence du fibrome retarde la ménopause, je ne vous apprends pas, dis-je, que l'Américain Battey préconisa l'opération qui porte son nom et qui consiste à pratiquer, dans le cas de fibrome, une castration bilatérale. A vrai dire, on faisait cette opération parce que la technique chirurgicale de l'hystérectomie était alors dans l'enfance et parce que très souvent on se trouvait dans l'impossibilité d'enlever toute la masse. J'ai vu pratiquer moi-même l'opération de Battey : elle n'a jamais rien donné et il y a longtemps qu'elle est abandonnée, et pour cause, dans le milieu chirurgical.

Alors, si sous l'influence d'une castration directe, certaine, par laparotomie, qui permettait de *voir* les lésions, l'opération de Battey restait sans résultat le plus souvent, je me demande comment une stérilisation des ovaires par radium ou rayons X, stérilisation indirecte, non certaine, non prouvée, à l'aveugle, à travers une paroi derrière laquelle on croit que les ovaires sont idéalement placés de chaque côté, alors que les opérations d'hystérectomie nous les montrent au contraire occupant des positions si diverses, si bizarres, si cachées et ensevelies parfois, comme dans le cas que je présente aujourd'hui, je me demande quelle est la valeur théorique de cette méthode de stérilisation artificielle et non sanglante, qui me paraît basée sur une vue de l'esprit et une analogie, qui ne peut être complète, avec la stérilisation testiculaire.

Au XIIIe Congrès de la Société de Rœntgen allemande qui a eu lieu en avril 1912, Kronig et Gauss sont venus déclarer « la faillite de la chirurgie des fibromes utérins ! » Ces savants allemands manient comme on le voit l'hyperbolisme. Cette expression n'est ni heureuse, ni exacte : on ne peut parler, en effet, de la faillite de la chirurgie pour le fibrome, alors qu'elle a guéri d'une façon complète, certaine, totale, des milliers et des milliers de fibromes, avec un déchet en somme très minime, car elle s'est trouvée devant les cas les plus graves, les plus compliqués et les plus difficiles : l'hystérectomie est la seule méthode qui ne se trouve jamais en défaut et la chirurgie est la seule qui permette, dans les cas où elle est possible, la conservation physiologique utéro-ovarienne tout en enlevant les noyaux fibreux.

Par la chirurgie je guérirai toujours le fibrome, par la radiothérapie ou la radiumthérapie, vous n'aurez le plus souvent que des apparences de guérison momentanée, et vous laisserez toujours des lésions prêtes à se réveiller ou à reprendre leur cours et faisant arriver tout de même les

patientes à l'opération, mais avec des cas plus aggravés, plus compliqués, présentant alors à la chirurgie des problèmes plus difficiles à résoudre et comportant alors plus d'aléa.

Enfin, pour qu'une méthode fût réellement supérieure, scientifique, faudrait-il qu'elle s'appliquât à des lésions bien précises et connues. Encore faudrait-il faire sûrement le diagnostic non seulement en bloc du fibrome, mais de la topographie des lésions et de la concomitance des lésions. C'est là le grand point dont on ne parle pas : c'est là, à mon avis, la raison majeure, capitale. Eh bien ! ne nous payons pas de mots : il faut sincèrement nous avouer que ce diagnostic de fibrome, le plus souvent ne se fait « qu'en gros », que personne, même les chirurgiens gynécologues les plus habitués qui, continuellement, confrontent leurs examens cliniques, leur toucher abdomino-vaginal, avec la *vision réelle*, la *palpation directe des lésions* au cours de leurs opérations, même ceux-ci ne peuvent absolument prédire la certitude absolue de lésions concomitantes (l'observation que j'apporte en est une preuve), pas plus que personne ne peut dire s'il y a une dégénérescence centrale, nécessitant une intervention radicale et hâtive.

Il y a quelques années, à la Société de l'Internat, je faisais une communication sur : la *dégénérescence sarcomateuse des fibromes et de l'intervention plus urgente*. C'était à propos d'une malade que j'opérai d'hystérectomie abdominale. La pièce enlevée, à la coupe, je vis une dégénérescence du fibrome, que confirma l'examen microscopique.

Si par une temporisation malheureuse, on avait laissé cette malade sans l'opérer, on voit à quel désastre possible on eût pu laisser aller son état. Et je me demande encore quelle aurait pu bien être l'action des moyens médicaux sur une telle lésion.

Pour ceux qui, comme nous, *voient* les fibromes réellement, les *touchent* et les *manient*, l'expérience de chaque jour nous apprend que leur disposition topographique est infinie, et qu'ils s'accompagnent très souvent de *lésions concomitantes insoupçonnées*. Ce n'est qu'en allant droit à la lésion qu'on peut être certain de faire le nécessaire et tout le nécessaire, avec l'avantage qu'en une quinzaine de jours souvent la malade porteuse du plus gros fibrome peut être sur pied, n'ayant pas couru plus de risques que par les autres méthodes, qui ne sont le plus souvent que des méthodes de temporisation pour lesquelles, il faut bien le dire, la peur respectable des malades trouve un esprit tout préparé et accueillant.

Dans un article fort bien présenté, mes amis Bouchacourt et Chéron font, en bons cliniciens, de justes réserves et je ne peux mieux faire que de citer leur propre texte :

— « L'acte chirurgical doit avoir le dernier mot, dans les « myomes à dégénérescences nécrobiotiques, dans les myo- « mes kystiques, calcifiés, infectés, suppurés, gangrénés, « quand la tumeur est en voie de dégénérescence cancé- « reuse ou de transformation sarcomateuse, quand le « fibrome s'accompagne d'annexite suppurée ou de pelvi- « péritonite, quand les masses néoplasiques remplissent « toute la cavité abdominale, dans les cas de myomes fébri- « les, et enfin pendant la grossesse et au moment de l'ac- « couchement.

« Il en est de même, d'une façon générale, chez les fem- « mes âgées de moins de 35 ans, et quand surviennent brus- « quement des complications graves, telle que : enclavement, « compression sur les organes urinaires et sur l'intes- « tin, etc.

« Dans les cas d'hémorragies profuses, qui mettent rapi- « dement la malade dans un état anémique inquiétant, l'hé- « mostase chirurgicale immédiate est également indiquée : « car l'augmentation de l'hémorrhagie qu'on rencontre par- « fois au début des traitements radiothérapiques, et qui est « sans doute due à une excitation de la fonction ovarienne, « pourrait être une cause de mort, ainsi que l'ont observé « Albers-Schönberg et Spath. »

On le voit, le champ est encore largement ouvert à la chirurgie en fait de fibrome, et l'on voit que celle-ci, loin d'être en faillite, comme le disaient les auteurs allemands Krönig et Gauss, est toujours appelée à recueillir le déchet considérable des divers traitements médicaux.

Mais ce passage que je viens de relater textuellement vient à l'appui de ce que je disais, concernant le point capital du diagnostic exact du fibrome, de sa variété, de sa topographie et des lésions concomitantes. C'est précisément parce que je prétends que le départ entre les cas à soumettre au traitement médical ou au traitement chirurgical est absolument impossible le plus souvent, que je pense que les traitements électrothérapique et radiumthérapique *s'exerceront très souvent à faux, sur des états hypothétiques et sans contrôle aucun*.

D'ailleurs je ne peux m'empêcher de constater une sorte de contradiction dans la phrase précitée : « L'augmentation de l'hémorrhagie qu'on rencontre parfois au début des traitements radiothérapiques et qui est sans doute due à une excitation de la fonction ovarienne, pourrait être une cause de mort... » Il m'est difficile de concilier ce fait d'une action qui « excite la fonction ovarienne » avec l'idée de la stérilisation artificielle des ovaires sur laquelle on se base trop théoriquement pour établir une nouvelle méthode thérapeutique.

Je connais des cas de phlébites très graves qui ont été occasionnées par l'application du radium. Parfois des phlébites accompagnent l'hystérectomie pour fibrome, mais le plus souvent elles guérissent et la malade conserve l'avantage d'être complètement débarrassée de son fibrome qui ne l'exposera plus à de nouveaux accidents ,tandis que par les traitements électrique, radiothérapique, la malade, si elle a le malheur d'avoir une phlébite, conserve dans son ventre toujours une grosse tumeur fibreuse qui n'a pas dit son dernier mot, qui devient de plus en plus compliquée, qui fait perdre un temps précieux de bon état normal de santé à une époque de la vie où les années ont plus de valeur et sont plus appréciables, car il est douloureux de *gâcher* dans une temporisation pénible une existence encore bonne avant la maturité avancée et avant d'aborder le seuil de la vieillesse, sans compter qu'on peut très bien arriver à un état où le fibrome est devenu inopérable, et alors qu'on « voudrait bien se faire opérer », il est trop tard et la chirurgie elle-même est devenue impuissante.

Je considère le fibrome comme une maladie générale, ou mieux comme une manifestation locale d'un fléchissement général de l'organisme, comme un signe de diminution de la vitalité organique. C'est généralement à l'époque des approches de la ménopause, vers la quarantaine, que les fibromes font leur apparition. Dans les exemples où ils apparaissent avant cet âge, cela prouve seulement que l'organisme subit une altération générale anticipée.

Les organes génitaux sont ceux où se localisent le maximum de vitalité de l'individu ; c'est en eux, qu'on me pardonne l'expression, qu'est le centre de la jeunesse ; c'est par eux que se manifeste le plus caractéristiquement la jeunesse. Aussi, quand ils sont touchés par la fibromatose, on peut voir là l'indice, je le répète, d'un fléchissement de l'organisme, et l'on peut croire que le fibrome n'existe pas dans son isolement pathologique, mais est accompagné d'autres troubles plus ou moins accusés de l'économie : il n'y a qu'à les chercher et ils apparaîtront aisément aux yeux du clinicien exercé.

L'utérus est le muscle de l'organisme (je mets le cœur à part) le plus irrigué intérieurement, je veux dire dans sa substance, et périphériquement. Il est noyé, pour ainsi dire dans une atmosphère de sang par ses réseaux vasculaires péri-utérins : artériels, veineux, lymphatiques. Il n'est pas étonnant que le fibrome soit une émanation et une traduction d'une altération locale vasculaire. Claisse a montré, en 1900, que le noyau originel fibreux se formait au niveau de points d'artérite du système artériel intra-utérin. Le fibrome est la résultante locale d'une maladie du système vascu-

laire. Il n'est pas étonnant non plus que le système veineux à son tour soit touché et altéré.

On pourrait presque dire, pour frapper la mémoire, que le fibrome est une maladie du système vasculaire, à manifestation néoplasique génitale, commençant microscopiquement par une artérite et finissant par la varicose et la phlébite.

Vous pouvez être certains que, lorsque les varices apparaissent, cela traduit un commencement de déchéance de l'organisme, que les tissus n'ont plus leur qualité première de jeunesse. Pour ma part, je juge de la valeur anatomique histologique et physiologique d'un sujet à l'état de ses veines. Une peau qui ne présente pas de varicosité ni de trop grand relief multiplié du réseau veineux est une réelle bonne étoffe tissulaire et exprime une durabilité vitale probable.

D'ailleurs, s'il y a varices extérieures, il y a bien des chances qu'il y ait pour ainsi dire des varices splanchniques.

C'est pour cela, à mon avis, que les fibromateuses sont justiciables d'un traitement médical général et, le plus souvent, d'un traitement chirurgical local.

Au point de vue de l'extirpation des fibromes, les auteurs précités disent « que les chirurgiens ne cherchent pas à s'aventurer dans ce domaine » quand il s'agit d'albuminuriques, d'artério-scléreuses, de cardiopathes, de diabétiques, d'hémophiles et d'obèses.

Je ne suis pas tout à fait de cet avis, car s'il est certain que si les chirurgiens sont d'accord avec les médecins pour ne pas intervenir sur les malades profondément et irrémédiablement tarées, chez lesquelles une opération importante pourrait être funeste, il est non moins certain que bien des médecins et électriciens gardent pour leur thérapeutique beaucoup de cas simples, tandis que les chirurgiens opèrent surtout les cas devenus compliqués et difficiles, étant précisément arrivés à un stade où l'état général est devenu mauvais et délabré et où l'on a recours à la chirurgie parce que l'on ne peut faire autrement et parce que, en dernière analyse, c'est d'elle qu'on attend vraiment une chance de guérison. Je le dis à nouveau, en fait de fibrome, la chirurgie recueille les laissés pour compte de la médecine et des traitements électrique, radiothérapique, radiumthérapique.

Il m'est arrivé d'opérer des rénales et des artério-scléreuses chez lesquelles l'opération a parfaitement réussi à la condition de remplir certaines indications de préparation et de technique opératoires, surtout celle d'aller aussi rapidement que possible.

Il nous arrive tous les jours d'opérer des cardiopathes et des obèses et malgré cela d'obtenir de très nombreux succès.

Du reste il y a déjà quelque temps qu'on n'a plus la terreur sainte d'une lésion cardiaque au point de vue anesthésie générale. Beaucoup de cardiaques supportent, fort bien même, le chloroforme à la condition qu'il soit bien et prudemment administré. Il y a longtemps aussi que Sébileau a montré que des affections cardiaques et en particulier tricuspidiennes étaient occasionnées par les volumineuses tumeurs pelvi-abdominales, surtout les fibromes.

Donc, à mon sens, l'atteinte de l'état général est provoquée et les lésions des divers systèmes de l'économie sont entretenues et aggravées par la présence du fibrome. Sans vouloir établir une complète analogie, surtout au point de vue métastatique, on peut affirmer que l'organisme bénéficie aussi bien de l'extirpation d'un gros fibrome, foyer néoplasique bénin, que de l'extirpation d'un foyer cancéreux, centre néoplasique malin.

Du reste, c'est pour ces cas de fibromes compliqués, comme celui dont je rapporte aujourd'hui l'observation, compliqués, et difficiles soit par l'état complexe et le volume des lésions, soit par l'atteinte de l'état général, qu'il est utile de faire une opération rapide, déterminant le moindre choc possible.

A cet effet, j'ai décrit et précisé l'an dernier une opération d'hystérectomie supra-rapide, dont j'avais eu l'idée avec mon maître regretté le Prof. Segond en 1900, et que tous deux, avec quelques-uns de ses disciples, avons exécutée un certain nombre de fois de parti-pris.

J'ai décrit et figuré dans le *Paris Chirurgical* cette technique sous le nom : *d'Hystérectomie abdominale angiotripsique par pincement temporaire*. Cette opération qui comprend des manœuvres très condensées et abrégées, puisqu'elle se borne à une exérèse rapide en laissant les pinces temporairement pendant 48 à 72 heures sur les pédicules vasculaires, pinces qui ressortent par la partie inférieure de l'ouverture abdominale, réalisant ce que j'ai appelé : une *hystérectomie vaginale renversée*, cette opération, dis-je, peut être exécutée en un quart d'heure, 10 minutes et même moins.

Je renvoie à mon travail du *Paris Chirurgical* pour de plus amples détails opératoires, et à la thèse de Riberolles (Paris, 1912), interne de Segond, pour les observations publiées.

Je me bornerai à ajouter deux remarques dont m'a fait part mon ami de Martel qui a pratiqué, lui aussi, cette opération. Les pinces laissées à demeure pendant 48 à 72 heures dans l'hystérectomie abdominale angiotripsique présentent les deux avantages suivants :

1° On n'ouvre pas les espaces celluleux intra-ligamentaires et on évite leur infection : or les malades meurent autant de cellulite pelvienne que de péritonite ;

2° Absence d'éventration : les pinces tenant l'intestin à distance, il se produit des adhérences entre l'intestin et la paroi abdominale en dehors des pinces et jamais l'intestin ne peut arriver au contact de la cicatrice qui existe au niveau de l'ancienne sortie du faisceau de pinces.

Conclusions

On voit d'après ces différentes remarques aux points de vue étiologique, pathogénique, anatomo-pathologique et surtout thérapeutique, quel enseignement précis on peut retirer de l'exemple d'un cas intéressant et nettement suivi.

En résumé, l'on peut affirmer que, mettant à part un certain nombre de cas sur lesquels médecins et chirurgiens sont parfaitement d'accord, cas de fibromes caractérisés momentanément ou pendant un temps parfois indéfini par un silence pathologique absolu, et cas de fibromes caractérisés par leur greffe sur un état économique général absolument précaire empêchant toute action traumatique, l'on peut affirmer, dis-je, que le traitement du fibrome vrai, efficace, définitif et, en somme, au total le plus bénin, est le traitement chirurgical.

Tous les autres traitements, quels qu'ils soient, sont des traitements symptomatiques pouvant avoir leur utilité éphémère d'attente du moment opportun de l'opération chirurgicale : ils ne sont pas curatifs au sens réel du mot et ils ne peuvent avoir la prétention de réaliser la certitude de guérison absolue et définitive dont, seule, la chirurgie est capable.

Un temps proche viendra où il sera aussi ridicule, intempestif et vain d'appliquer un traitement médical soi-disant curatif au fibrome qu'il est devenu anti-scientifique et — j'ose ce mot — anticonsciencieux d'appliquer un traitement médical au kyste de l'ovaire ou du ligament large.

Je serai le premier, avec une profonde et sincère conviction, à recourir à l'aide de la thérapeutique médicale, en sollicitant nos collègues médecins pour nous préparer une intervention plus aisée et plus sûre au moyen de tout ce qui peut relever l'état général, fortifier l'organisme, mettre les organes splanchniques, cœur, reins, foie, en état physiologique meilleur, afin de choisir, pour le plus grand bien de la malade, le moment le plus opportun de l'heure chirurgicale.

Ce traitement médical préparatoire, pré-opératoire, utilisera, en dehors de la thérapeutique usuelle, tout ce qui peut

débarrasser l'organisme d'une surcharge graisseuse rendant l'opération plus difficile (traitements diététiques divers) et décongestionner le petit bassin (stations thermales chlorurées sodiques, Salies-de-Salat, Luxeuil, etc., etc., Bagnoles, pour l'état vasculaire veineux, concomitant).

A ce sujet je donnerai un exemple typique : il y a deux ans j'opérai une femme atteinte de varices phlébitiques énormes atteignant tout le membre inférieur droit qui présentait son réseau veineux superficiel complètement coagulé comme s'il avait été injecté au suif, absolument comme sur une préparation anatomique. Je dus faire pour cet extirpation une incision de 80 centimètres. La malade guérit. Mais au 12e jour, en prenant un lavement, elle fut prise d'une syncope et faillit mourir d'une embolie. Je fus assez heureux de la sauver. Quelques mois après, elle va à Bagnoles pour soigner son système veineux. Je l'opère ensuite d'un gros fibrome très hémorragipare et qui nécessitait une intervention urgente à la suite de laquelle je tremblais de voir survenir, vu ses antécédents, une embolie mortelle. Elle était debout au 18e jour parfaitement et définitivement guérie : elle avait bénéficié du traitement de Bagnoles qui avait certainement préparé une opération moins grave.

Je serai également le premier, avec une réelle sincérité, à recourir à l'aide du médecin et de la thérapeutique médicale, après l'opération de l'hystérectomie, pour accélérer la convalescence, fortifier l'organisme, lutter contre les éléments pathologiques généraux qui ont pu favoriser ou accompagner le fibrome, redonner de la vitalité nouvelle aux tissus à régénérer par le développement musculaire général (traitement myothérapique général d'Heckel), à refaire une paroi abdominale plus ferme et plus sanglée par ce que j'ai été le premier à appliquer et à décrire sous le nom de *myogénie post-opératoire.*

De telle sorte, en définitive, que le traitement du fibrome est et doit être, d'après moi, *un traitement chirurgical intercalé entre deux traitements médicaux pré et post-opératoires.*

Excusez-moi, Messieurs, si je suis venu choquer ici d'autres idées, si j'ai violenté quelques habitudes, si j'ai projeté une lumière trop crue sur ce que je considère comme un préjugé thérapeutique entretenu par de vieux enseignements traditionnels et timorés et par la peur des malades dont nous devons préparer au contraire le courage et le moral pour une action rapide et vraiment efficace.

Excusez-moi si je suis venu peut-être mettre le feu aux poudres sur une question un peu brûlante, mais fort d'une expérience basée sur des preuves quotidiennes convaincantes, j'estime qu'il faut savoir, au besoin, comme Jean-Bart, sauter avec le vaisseau qui porte vos idées.

Discussion.

M. Dubrisay. — J'ai regretté infiniment de n'avoir pas été tout à fait au début de cette communication, et je m'en excuse auprès de mon collègue M. Dartigues qui m'a extrêmement intéressé. Il a parlé en chirurgien, et moi, modeste accoucheur, je ne ferai pas la moindre objection à ce qu'il a dit.

Mais il y a deux ou trois points sur lesquels il me permettra de revenir. Nous autres, accoucheurs, nous voyons beaucoup plus de fibromes qu'on ne le croit ; c'est une des raisons pour lesquelles nous sommes un certain nombre à déclarer que les fibromes ne sont pas une cause absolue de stérilité.

Il y a des quantités de femmes qui viennent nous trouver et chez lesquelles on découvre un fibrome parce qu'elles sont enceintes. Comme l'a fait remarquer M. Dartigues au commencement de sa communication, il y a des fibromes méconnus dont on ne se doute pour ainsi dire pas, et qui, à un moment donné, se mettent à évoluer parce que la femme devient enceinte.

La grossesse évolue dans de plus ou moins bonnes conditions, suivant la situation, le nombre des fibromes. Je ne veux pas traiter en ce moment toute la question grossesse et fibrome, fibrome et grossesse, mais je dirai cependant que l'on voit souvent des modifications se produire.

La femme accouche, et quand les fibromes sont bénins, nous les voyons presque disparaître. Ce sont les cas heureux, mais ils sont assez rares. Nous en voyons souvent au contraire qui sont beaucoup plus sérieux.

J'avais vu l'annonce de la communication de M. Dartigues et j'ai repassé dans ma mémoire deux observations que je résumerai très brièvement. Dans le premier cas, il s'agissait d'une dame qui avait deux enfants, et chez laquelle les grossesses avait admirablement évolué. Elle est restée pendant 10 ans sans avoir d'enfant, puis un beau jour (elle avait une quarantaine d'années) elle a des troubles, ses règles disparaissent et en même temps, son ventre se met à grossir. Elle va trouver un médecin, très instruit, qui l'examine et qui découvre un fibrome. Vous l'avez depuis longtemps, lui dit-il, mais je ne sache pas qu'un fibrome ait l'habitude d'arrêter les règles, vous avez un utérus bien gros.... voyez un accoucheur. Il m'envoie cette dame, je constate qu'il y a une grossesse en même temps que le fibrome.

Je passe sur les détails, la grossesse évolue et le fibrome grossit. Nous en étions à nous demander comment les choses se passeraient au moment de l'accouchement. Nous avions préparé tout ce qu'il fallait pour faire, le cas échéant, une opération césarienne. Dans la dernière semaine, comme Tarnier l'a signalé dans quelques cas, nous avons eu la bonne fortune de voir le fibrome se ramollir, re-

monter à la partie supérieure et la tête descendre. La femme est même accouchée tellement vite que je suis arrivé au moment où la tête sortait.

Que s'est-il produit ensuite ? L'accouchement s'est bien passé, la délivrance s'est bien faite, mais contrairement à ce que je disais tout à l'heure, chez cette malade, le fibrome n'a pas disparu. Il était à peu près gros comme deux poings. Elle a eu, au bout de six semaines, un retour de couches épouvantable qui a mis ses jours en danger, et sur le conseil de son médecin, et sur le mien, elle a été opérée 3 mois après. Je vous dirai que pendant le temps de sa grossesse, j'ai tremblé constamment, étant donné le volume du fibrome. J'ai vivement regretté qu'elle n'ait pas passé entre les mains de M. Dartigues avant sa grossesse et qu'il ne lui ait pas enlevé son fibrome ; je ne le regrette plus maintenant. Voilà un fait.

J'en ai vu d'autres ; au mois d'octobre, j'ai été amené à accoucher une jeune femme de 22 à 23 ans, qui avait eu ses règles du 15 au 20 janvier 1912. 3 mois après le début de sa grossesse, elle va trouver le médecin qui lui dit : Vous vous êtes trompée, vous avez une grossesse non de 3 mois, mais d'au moins 5 mois. Il me l'adresse, et en l'examinant, je constate en même temps que la grossesse un fibrome assez volumineux au fond de l'utérus.

C'est ce qui explique la petite erreur, bien excusable, du médecin. Indépendamment du fibrome, j'ai trouvé un semis fibromateux dans d'autres points. Par sa situation, le fibrome ne gênait pas l'évolution de la grossesse. J'ai suivi cette malade et le 27 octobre, exactement, elle est accouchée et c'est alors que les ennuis ont commencé.

Elle a eu un travail lent. Elle était primipare, c'est vrai, mais elle était toute jeune, et la dilatation a été lente.

Au moment de la période d'expulsion, il y a eu une inertie complète, j'ai dû faire une application de forceps.

Immédiatement après la sortie de l'enfant, nouvelle inertie, défaut de rétraction de l'utérus, hémorrhagie sérieuse ; obligation de faire une délivrance artificielle. J'ai dû mettre ma main dans l'utérus, car j'ai trouvé un placenta en partie décollé, et en un point où il y avait du tissu fibromateux, des adhérences épouvantables. J'ai eu une difficulté énorme, mais enfin j'ai pu l'enlever. J'ai fait des injections intra-utérines et après avoir vidé l'utérus, j'ai fait des injections d'ergotine, j'ai remonté ma malade et les choses paraissaient devoir bien se passer.

48 heures après, il y avait une rétention du caillot, puis, nouvelle inertie, j'ai été dans l'obligation de refaire des injections intra-utérines. Je ne dirai pas que cela ne venait pas par ma faute, mais il y avait un utérus qui ne se rétractait pas, et pendant plusieurs jours, nous avons eu des ennuis. Ce n'était pas parce que le fibrome était très gros, mais là nous avons eu des accidents parce qu'il y avait une série de petits fibromes semés un peu partout. Ces semis fibromateux qui coupent la contraction utérine, gênent pour l'accouchement, pour la délivrance et pour le retour de couches, de telle sorte que chaque fois que je vois une malade qui a un fibrome au cours d'une grossesse, je suis toujours inquiet. Il y a toujours lieu de se préoccuper et de suivre les malades de très près.

Ma malade a une eu fille, elle veut un garçon, et le mari est venu me consulter ; je lui ai conseillé de lui faire enlever le fibrome.

En résumé, je ne crois pas que le fibrome soit une cause de stérilité, et j'estime qu'il y a lieu de faire l'ablation des fibromes dans un grand nombre de cas, soit qu'ils soient gros, soit qu'ils donnent lieu à ces semis qui peuvent devenir extrêmement graves pendant l'accouchement, au moment de la délivrance et pendant les suites de couches.

M. Castex. — M. Dartigues me permettra-t-il de lui demander combien de temps il a laissé les pinces et s'il faut les enlever toutes ensemble ou séparément.

M. Dartigues. — On les retire 48 heures ou 72 heures après, toutes ensemble, mais préférablement après 72 heures, parce qu'autrement, il pourrait y avoir une hémorrhagie.

CLERMONT (OISE). — IMP. DAIX ET THIRON.